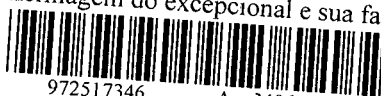


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0136
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0136
Título: Relatório da proposta de assistência
de enfermagem do excepcional e sua família



972517346

Ac. 240624

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

RELATÓRIO DA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO
EXCEPCIONAL E SUA FAMÍLIA NA APAE DE FLORIANÓPOLIS

ANA CRISTINA MACIEL

FERNANDO G. DE MORAES

MERLY NATÁLIA COSTA

ROBERTO P. MENDONÇA

Orientadora:

- Diva Fiorini

Prof^a Enf^a do Departamento
de Enfermagem - UFSC

Florianópolis, junho de 1988.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO
EXCEPCIONAL E SUA FAMÍLIA NA APAE DE FLORIANÓPOLIS

ANA CRISTINA MACIEL
FERNANDO G. DE MORAES
MERLY NATÁLIA COSTA
ROBERTO P. MENDONÇA

VIII? Unidade Curricular
Curso de Graduação em Enfermagem

Florianópolis, junho de 1988.

"Não há transição que implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã te cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para saber o que seremos."

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Nós acadêmicos de enfermagem, depois de termos passado por este período de estágio e esta fase, sentimos na obrigação e a honra de aqui neste relatório registrar nossos agradecimentos.

A APAE de Florianópolis, com sua direção, técnicos e funcionários pela receptividade apoio e colaboração.

Ao Dr. Alfredo G. Dacach Fº, pela motivação e disponibilidade com troca de conhecimento durante as discussões realizadas.

Aos alunos, pela receptividade e capacidade de demonstrar a sua importância através de uma efetiva participação em todas as nossas atividades.

A supervisora e orientadora Diva Fiorini pela sua dedicação e compreensão durante a elaboração do projeto e relatório.

Enfim agradecemos de uma maneira e outra a todos que nos deram apoio nesta caminhada.

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO.....	2
2 - OBJETIVOS.....	5
2.1 - Objetivos Propostos.....	5
2.2 - Objetivos não Propostos e Alcançados.....	16
3 - CONCLUSÃO.....	18
4 - RECOMENDAÇÕES.....	19
5 - BIBLIOGRAFIA.....	20

ANEXO I: Tratamentos

ANEXO II: Cardápio

ANEXO III: Hipotireoidismo

ANEXO IV: Fenilcetonúria

1 - INTRODUÇÃO

Este relatório tem por objetivo mostrar os resultados obtidos pelo projeto "Assistência de Enfermagem ao Excepcional" desenvolvido na APAE de Florianópolis, no período compreendido de 21 de março à 08 de junho de 1988, sob Orientação e Supervisão da Profa. Diva Fiorini.

O projeto teve como proposta básica assistir a pessoa excepcional e família como um todo tentando atender a todas as suas necessidades humanas básicas, baseada na teoria de Wanda de Aguiar Horta.

Conhecemos um pouco mais sobre o excepcional, visto que, começamos a atuar no campo de estágio com pouca bagagem teórica prática sobre o tema. Mesmo assim, ainda permanecem algumas lacunas quanto dos conhecimentos a respeito da história do próprio excepcional, surgimento das APAEs, Fundação de Educação Especial, seus objetivos e suas realizações, em relação a prevenção à excepcionalidade, conscientizações da comunidade, preparo específico de recursos humanos na educação e saúde, bem como a efetiva integração do excepcional na sociedade.

Evidenciamos durante o desenvolvimento do estágio que as

atividades dos técnicas descritas no Histórico da APAE, contidas no nosso planejamento estão incompletos. Por observações feitas tornou-se possível conhecer a amplitude do trabalho desenvolvido por eles.

É intensa a preocupação que os técnicos mantêm em relação a uma boa qualidade da assistência por eles prestadas não só à escola como também à comunidade através de programas de esclarecimento e prevenção. Os programas são:

a) Erros Inatos do Metabolismo (Fenilcetonúria e Hipotiróidismo Congênito);

b) Informática na Prevenção;

c) Equipamentos nas Maternidades;

d) Esterilização para Deficientes Mentais;

e) SEVOL (Serviço de Voluntariado);

f) Educação Alimentar;

g) Cartilha - Deficiência Mental: este é um problema muito próximo a você;

h) Menor uma Solução - Você tem Outra;

i) Campos de Estágio;

j) Meios de Comunicação na Prevenção;

k) Expansão comunitária de Prevenção da Deficiência Mental.

Situação inegavelmente questionante é relativa a Lei nº

6762, de 20 de maio de 1986, que torna obrigatório a realização do teste do pezinho em todas as crianças nascidas no país a partir de 20 de maio de 1986. O alto custo do teste, não propicia as famílias de baixa renda realizá-lo e a APAE não possui recursos para financiar a todas as carentes. Outro problema sério é o tratamento da fenilcetonúria que até o momento somente é realizado em São Paulo, além de ser de alto custo e de difícil realização pela exigência da dieta.

Acreditamos, portanto, (S.M.J.) que sendo um programa de prevenção importante, deveria ser obrigatório sim, mas custeado integralmente pelos órgãos públicos de saúde do país.

O nosso estágio esteve voltado para as crianças, adolescentes e adultos excepcionais procurando estimular sempre a participação da família no atendimento das necessidades do excepcional, num processo integrado com a instituição.

Os objetivos gerais estabelecidos pelo grupo foram:

a) organizar um Serviço de Enfermagem propiciando o atendimento das necessidades dos excepcionais na Instituição;

b) assistir os excepcionais em suas necessidades humanas básicas envolvendo a família e a instituição na prevenção e tratamento das intercorrências.

Para torná-los viáveis foram definidos 11 objetivos específicos e para complementá-los foram traçados mais duas metas que estarão descritas no decorrer deste relatório.

2 - OBJETIVOS

2.1 - OBJETIVOS PROPOSTOS

2.1.1 - Atendimento aos alunos que apresentarem intercorrências clínicas e/ou casos em que houver solicitação de atendimento por parte dos familiares, professores ou técnicos.

Avaliação

Este objetivo foi considerado alcançado, tendo em vista que foi realizado dentro do aprazamento proposto e resolvido em 100% todas as detecções e solicitações.

Diariamente eram realizadas visitas nas salas de aula, onde foram detectados casos como: pediculose, escabiose, dermatite seborréica e amoniacal, condições precárias de higiene, impetigo, ferimentos, infecções das vias aéreas superiores.

A partir da segunda semana de estágio os professores já passavam a procurar o posto de enfermagem para que resolvessemos as intercorrências dos alunos por eles detectados. Com isto percebemos que as visitas diárias já não mais se faziam necessárias tão freqüentemente e passamos a fazê-las duas vezes na semana.

Os casos atendidos foram anotados no prontuário do aluno e em nosso caderno de anotações para controle. Eram enviadas orientações através de comunicações para os pais de acordo com as necessidades encontradas. Os casos eram avaliados até serem resolvidos por completo.

Foram realizadas visitas domiciliares para a família de alguns alunos que apresentaram maior incidência de intercorrências e/ou outras necessidades encontradas.

Realizamos alguns cuidados de enfermagem dos alunos da APAE, as quais envolveram as seguintes atividades:

TABELA 1: Técnicas realizadas pelo grupo

TÉCNICAS	NÚMERO DE VEZES
Controle de PA	2
Curativos simples (relativos a lesões de pele, tunga penetram, acidentes)	47
Vacinas anti-tetânica	4
Injeções:	
- intra-muscular	2
- endo-venosa	1
Tratamentos:	
- pediculose	10
- escabiose	8
TOTAL	74

OBS: Os casos de pediculose e escabiose eram tratados na escola e enviados sequência de tratamento aos pais. Casos persistentes foi feito visita domiciliar (Anexo I, Esquema de Tratamento).

2.1.2 - Verificar a atualização das carteiras de vacinação de cada criança na faixa etária de 2 meses à 5 anos.

Avaliação

Inicialmente foi pesquisado no fichário as crianças que se encontravam na faixa etária de 2 meses à 5 anos. Foram encontrados 24 alunos matriculados.

Foi mandada uma comunicação para os pais das 24 crianças na 1ª semana de estágio.

Deste total recebemos apenas 6 carteiras de vacinação e verificamos que estas estavam em dia sem necessidade de encaminhamento para completar o esquema vacinal.

Em virtude de dezoito famílias não terem atendido nossa solicitação, requerimos à direção que enviasse em seu nome uma nova comunicação para enfatizar a anterior.

Tendo em vista que após a solicitação da direção mais de 60% das carteiras de vacinação pedidas foram enviadas, consideramos esse objetivo alcançado.

2.13 - Organizar um posto de enfermagem propiciando o atendimento das intercorrências dos alunos na Instituição.

Avaliação

Este objetivo foi considerado alcançado por termos realizado 100% das estratégias propostas.

Realizamos um levantamento de todo material e medicamento existentes no posto e baseado nisso, fizemos uma solicitação à Direção dos materiais e medicamentos que fizeram-se necessários.

Foi reorganizado a pequena farmácia já existente no gabinete médico.

Os medicamentos foram dispostos em ordem alfabética após termos verificado a validade dos mesmos.

Foi encaminhado a direção os medicamentos fora de validade e elaborado uma lista dos medicamentos que permaneceram no posto.

2.1.4 - Capacitar um funcionário para prestar atendimento às necessidades emergentes dos excepcionais.

Avaliação

Considerando que a funcionária em questão já havia feito curso para atendente e tinha alguma experiência na área da saúde, aplicamos a avaliação do ANEXO IV, que consta no planejamento.

Concluimos com isto que a funcionária está capacitada para assumir as atividades do posto de enfermagem e desta forma consideramos este objetivo alcançado.

2.1.5 - Participar do programa de detecção de fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito.

Avaliação

Acompanhamos a funcionária na realização da técnica do teste do pezinho. Após a 2ª demonstração ficamos responsáveis por todas as atividades referentes ao teste que inclui, além de técnica, registro, encaminhamento para o laboratório em São Paulo e o envio do resultado para a família.

No objetivo do planejamento faríamos apenas 10 testes cada membro da equipe, porém por solicitação da direção, permanece-

mos responsáveis por todas as atividades referentes ao teste do pezinho^{II} até o final de maio. Durante este período totalizamos 173 testes.

Foi solicitado pela APAE que fizéssemos visita domiciliar para alguns casos de hipotireoidismo e fenilcetonúria.

Recebemos uma listagem com 15 nomes de crianças, dos quais, 14 eram casos não confirmados de hipotireoidismo e 1 caso de fenilcetonúria.

Foram realizadas 9 visitas e outras 5 fizemos contatos pelo telefone. Após isto, verificamos que dos 14 casos de hipotireoidismo não confirmados, 7 casos repetiram o teste e o resultado foi negativo, 5 tinham endereços trocados, 1 caso mudou-se e outro caso continua não confirmado e foi encaminhado para consulta com o médico da APAE.

O caso de fenilcetonúria está confirmado e este está sendo submetido a tratamento com acompanhamento pela APAE.

Este objetivo foi considerado alcançado.

2.1.6 - Observar como são preparados os alimentos.

Avaliação

A APAE dispõe de uma ampla cozinha e um refeitório com capacidade para 50 pessoas.

As refeições são feitas por 2 merendeiras, os quais apresentam boa higiene pessoal e na preparação dos alimentos.

Existe um cardápio específico (ANEXO II) para cada dia da

semana, o qual é elaborado pela diretora, conforme a preferência dos alunos. São servidas 3 refeições diárias: lanche - 09:45 e 15:00h e almoço 12:00 h. Os programas PROAPEM e PROADE recebem uma alimentação diferenciada, devido aos alunos que o incorporam na maioria serem dependentes e terem certa dificuldade de mastigação.

Além disso, apresentam idade inferior a 6 anos (PROAPEM).

Sugestões dadas pelo grupo de estágio para mudança de cardápio:

- sugerimos que houvesse um lanche na chegada dos alunos à escola, devido ao fato de muitos alunos pertencerem a uma classe social baixa, e saem de casa sem uma prévia alimentação;

Esta sugestão foi bem aceita e atendida imediatamente pela direção.

- sugerimos também peixe em um dia da semana, no almoço, em troca da carne.

- Outra sugestão foi, de na 3ª feira, diminuir as calorias retirando a maionese e colocando uma salada de verduras.

- Para o lanche sugerimos batida de frutas.

OBS: A sobremesa após almoço é sempre uma fruta. A Instituição também oferece, aos alunos, iogurte natural.

Os alunos realizam atividades na cozinha, como: limpeza de refeitório, colocação dos lanches à mesa, de louças e artes culinárias sob orientação das professoras (Graça e Tânia).

Este objetivo foi considerado alcançado, de acordo com as estratégias propostas.

2.1.7 - Fazer visita domiciliar.

Avaliação

É importante que, além de prestar assistência de enfermagem ao aluno na escola, haja uma extensão desta à família.

No decorrer do estágio foram realizadas 12 visitas domiciliares, para abordagem dos problemas individuais de saúde levantados pelos professores, Serviço Social e pelos acadêmicos de enfermagem.

As orientações giraram em torno de: cuidado e higiene corporal e oral; cuidados, prevenção e tratamento da pediculose e escabiose; cuidados e prevenção da dermatite amoniacal e seborréica; verminose; diarréia; tungiase; impetigo; etc.

Os dados colhidos e as orientações feitas nas visitas domiciliares foram registrados nos prontuários dos alunos sobre duas formas:

a) visita domiciliar realizada junto com a assistente social da APAE: os dados foram registrados no Roteiro de Visita Domiciliar da Área de Serviço Social e assinados pela assistente social e acadêmicos de enfermagem;

b) visita domiciliar realizada apenas pelos acadêmicos de enfermagem: os dados foram registrados na sequência do Roteiro de enfermagem, omitindo-se os dados referentes à situação familiar e condições de habitação, quando já constados em relatório

de visita domiciliar efetuado pela assistente social.

O objetivo foi considerado alcançado, porque foram realizadas todas as visitas necessárias.

2.1.8 - Desenvolver um conhecimento maior sobre o deficiente mental através de estudos de caso.

Avaliação

Iniciamos esse objetivo pesquisando nos prontuários, as formas de deficiência mental.

Considerando-se que os estudos de caso a serem realizados não eram muitos, resolvemos fazer apenas um estudo por semana ao invés de 2. Realizamos 8 estudos de caso com a participação dos acadêmicos de enfermagem, a supervisora Diva Fiorini e o médico da APAE, todas as 4^a feiras das 12:00 às 13:00 h.

As entidades patológicas estudadas foram: hipotireoidismo (Anexo III), fenilcetonúria (Anexo IV), síndrome de Down, Epilepsia, paralisia cerebral, deficiência mental severa, anóxia perinatal, tocotraumatismo.

Considera-se esse objetivo alcançado, tendo em vista que houve um grande aproveitamento pelo grupo e foram estudadas as entidades patológicas mais importantes.

2.1.9 - Realizar reuniões semanais com os membros do grupo.

Avaliação

O grupo reunia-se todas as 5^a feiras das 08:00 às 09:00 h, com a finalidade de discutir como estariam sendo desenvolvidas todas as atividades propostas e necessidade de replanejar novas

atividades.

Considera-se esse objetivo alcançado, porque todas as reuniões agendadas foram realizadas com um bom aproveitamento.

2.1.10 - Participar das reuniões marcadas pela Instituição com pais, técnicos e professores e eventos festivos.

Avaliação

As reuniões descritas no planejamento foram: reuniões da equipe técnica; reuniões de professores e técnicos; reuniões de técnicos, professores e pais.

Na primeira semana de estágio participamos de uma reunião de técnicos onde nos apresentamos e expomos nossos objetivos.

A partir daí, tomamos parte de todas as reuniões técnicas que eram realizadas todas as 5^a feiras das 09:00 às 12:00 h.

Nessas reuniões são observados os comportamentos dos alunos, triagem de excepcionais que irão integrar à APAE ou não, atividades que estão sendo desenvolvidas a nível de magistério, entre outros.

Procuramos participar abordando as intercorrências encontradas e algumas maneiras de resolvê-las.

As reuniões de professores e técnicos são realizadas na última 6^a feira de cada mês para serem discutidos assuntos referentes aos alunos e as atividades da escola.

A 1^a reunião de técnicos e professores que participamos foi no dia 23/05, onde a APAE contou com a presença de uma psicólogo-

ga da FCEE (Fundação Catarinense de Educação Especial) que expôs uma nova proposta de avaliação. Essa proposta foi discutida e acatada pelos técnicos.

A 2ª reunião foi no dia 29/04. O assunto discutido foi sexualidade humana.

Foram abordados aspectos religiosos, étnicos e sociais. Em virtude do grande interesse pelo assunto e pela dificuldade de manejo com os alunos, esse tema propagou-se para segunda metade da reunião do dia 27/05.

Na reunião com os pais, professores e técnicos, nossa participação se deu abordando as constatações feitas nas salas de aula, quanto a pediculose e escabiose, formas de prevenção, controle e tratamento.

O instrumento de avaliação da palestra (que consta no Anexo - do planejamento), foi aplicado verbalmente com resultado positivo.

Por solicitação dos pais, foi realizado no dia 26.5.88, uma discussão sobre sexualidade e esterilização em adolescentes deficientes mentais ministrada pelo médico da Instituição e psicólogos.

O assunto discutido gerou muita polêmica, porque a esterilização por estirpação do útero e anexos em jovens deficientes mentais, são proibidos na ética médica e sentidos como necessidade pelos pais que se preocupam com a sexualidade de suas filhas.

TABELA 2: Número de reuniões realizadas e frequência da participação dos acadêmicos, durante o período de estágio.

Nº DE REUNIÕES E FREQUENCIA		
ESPECIFICAÇÃO DAS REUNIÕES	Nº REUNIÕES	FREQUÊNCIA
. Técnicos	12	12
. Técnicos e professores	3	3
. Técnicos, professores e pais	2	2
TOTAL	17	17

Dessa forma, consideramos o objetivo alcançado, uma vez que, participamos de todas as reuniões realizadas no período de estágio, trocando informações quanto aos problemas levantados, as medidas adotadas e os resultados obtidos.

Também participamos de todas as festividades realizadas neste período, aumentando nossa interação com alunos, professores, pais e técnicos.

2.1.11 - Participar de cursos que porventura possam aparecer.

Avaliação

Durante o período de estágio surgiu apenas um curso. Esse curso foi realizado durante uma das reuniões com os professores pelo pessoal de agronomia da ACARESC.

O tema abordado foi Horta Doméstica. Foi enfocado como deve ser construída uma horta, os tipos de adubo que devem ser usados, como combater pragas, entre outros.

Nosso objetivo principal seria participar de cursos cujo tema fosse excepcionalidade, entretanto, não surgiu oportunidade de fazê-los.

Considerando o curso que foi ministrado e o bom aproveitamento que tivemos, damos por alcançado esse objetivo.

2.2 - OBJETIVOS NÃO PROPOSTOS E ALCANÇADOS

2.2.1 - Divulgação do programa de prevenção à deficiência mental junto às maternidades de Florianópolis.

Avaliação

No transcorrer do Estágio, notamos a profunda preocupação que a APAE tem em conscientizar as comunidades quanto as formas de prevenção da deficiência mental.

Percebemos, também, que havia pouca informação dos pais que levavam seus filhos para fazerem o "teste do pezinho" sobre o que é o teste e quais as doenças que ele detecta.

Considerando esses fatos nos dispomos a visitar as maternidades para fazer uma orientação aos funcionários sobre a importância do teste, quais as doenças que podem ser detectadas por ela, idade em que deve ser realizado o teste, além de explicar a técnica da realização.

A receptividade dos enfermeiros e funcionários da Maternidade Carmela Dutra e Maternidade do Hospital Regional foi melhor do que a Maternidade Carlos Corrêa, justifica-se provavelmente, por ser particular e porque a mesma realiza o teste.

2.2.2 - Realização de palestras para os alunos

Avaliação

Foi realizado durante o período de estágio, três palestras com a finalidade de dar orientações sobre os seguintes assuntos: higiene corporal, corpo humano e sexualidade.

As palestras foram ministradas pelos acadêmicos de enfermagem com a participação de técnicos e professores.

Utilizamos como recursos: audiovisuais, cartazes, bonecos, slides, teatro de fantoches, além de linguagem e gesto adequados para poder atingir o nível dos excepcionais.

Houve boa aceitação e compreensão por parte dos alunos.

3 - CONCLUSÃO

Na conclusão deste relatório gostaríamos de salientar o quanto foi importante para a nossa formação profissional e como indivíduos, a nossa passagem por um campo tão pouco reconhecido pela sociedade.

Creemos que a sociedade não está preparada para aceitar o excepcional como um elemento com as mesmas necessidades, vontades e direitos de um indivíduo considerado normal.

Em nossa rápida passagem pela APAE de Florianópolis, sentimos a necessidade de um enfermeiro para compor a equipe técnica. Este elemento teria a importante tarefa de em conjunto com a assistente social, referendar e integrar a família do excepcional residente nos mais variados bairros da cidade, junto aos serviços de saúde do bairro, a fim de que não haja duplicidade no atendimento à família e sim uma forma integrada de atendimento.

Chegamos a conclusão de que se fossemos elaborar hoje um projeto de assistência ao excepcional com o conhecimento que obtivemos, sem dúvida alguma centraríamos nossos objetivos na interrelação APAE, serviços de saúde e comunidade.

Concluimos também que não deveriam existir às APAES; deveriam sim existir escolas públicas, com estrutura física, material e técnicos para a educação especial, no mesmo ambiente físico, onde se desenvolve o ensino regular.

Acreditamos com isto, que se daria desta forma, uma integração efetiva do excepcional na sociedade.

4 - RECOMENDAÇÕES

A - Considerando os problemas sócio-econômicos, o atual sistema de saúde vigente no país, a falta de orientação para saúde na grande maioria da população freqüentadora da APAE, a grande demanda na instituição por ser a única que atende Florianópolis; sugerimos o empenho da presidência e direção da APAE para contratação de um enfermeiro, que em conjunto com outros técnicos, possam facilitar a integração das famílias, cujos problemas de saúde são mais crônicos, junto aos recursos da comunidade mais próximos de suas residências.

B - Recomendamos que o teste do pezinho seja realizado em todas as crianças nas maternidades.

C - Recomendamos que os alunos de 8ª fase tenham interesse em fazer estágio neste campo, tendo em vista o grande aproveitamento por nós conseguido.

D - Recomendamos que seja inserido no currículo do curso de graduação em Enfermagem, disciplinas teórico-práticas relativas à excepcionalidade humana.

5 - BIBLIOGRAFIA

- ASSUMPÇÃO, F.B. & SPROVIERI, M.H. Sexualidade e Deficiência Mental. São Paulo, 1^a ed., Ed. Moraes Ltda, 1987.
- LEÃO, E.; CORRÊA, E.J. & VIANA, M.B. Pediatria Ambulatorial. Belo Horizonte, Ed. Cooperativa e de Cultura Médica Ltda, 1983.
- MOTTA, P.A. (tradutor). Genética Médica. Rio de Janeiro e São Paulo, 2^a ed., Livraria Atheneu, 1976.
- MURAHOLSCHI, J. Pediatria (Diagnóstico + Tratamento). São Paulo, 4^a ed., Sarvier Editora Livros Médicos Ltda, 1987.
- NORA, J.J. & FRASER, F.C. Genética Médica. Rio de Janeiro, 2^a ed., Ed. Guanabara Koogan, 1981
- RENARD, Dr. S.S. Enfermaria Pediátrica (de Jeans). México, 8^a ed., Ed. Interamericana, 1971.
- WERNER, D. Onde não há Médico. São Paulo, SP, 5^a ed., 1977.

ANEXO I

TRATAMENTO PEDICULOSE

- 1 copo de água morna
- 2 colheres de sopa de sal
- 1 colher de óleo

Junte em uma vasilha todos estes ingredientes, e após coloque sobre a cabeça e cubra com um pano úmido e morno. Deixe agir por mais ou menos 4 horas. Após este período de tempo lave bem a cabeça com sabão e passe um pente fino, sendo a catação também recomendada.

Este tratamento será feito, enquanto persistir o aparecimento de lêndeas. Uma semana após o tratamento, é recomendável fazer uma nova inspeção e caso haja piolhos (reinfestação) repita todo o tratamento.

TRATAMENTO P/ ESCABIOSE

- Se alguém da família tem escabiose, todos os membros da família deverão se tratar, mesmo que não apresente prurido.
- A higiene pessoal é o mais importante.

Tome banho e troque de roupa todos os dias.

- Como medicação use monossulfiran (Tetmosol)

2:1 (uma parte de tetmosol em 2 partes de H_2O), do seguinte modo:

- Depois de um banho com sabão, bucha e H_2O quente passe o remédio à noite no corpo todo, menos no rosto. Faça isto em duas noites seguidas. Tenha o cuidado de pôr roupa limpa e de usar roupa de cama limpa e toalhas.

É aconselhável ferver a roupa após o uso.

ANEXO II

CARDÁPIO

CARDÁPIO DO ALMOÇO

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Arroz	Macarrão	arroz	arroz	arroz
Feijão	Maionese	feijão	feijão	feijão
Picadinho	farofa	purê de	galinha	carne de
de carne	galinha	batata	ensopada	fígado
Abóbora	assada	Bife com	salada	salada
refogada		molho		
Salada		salada		

* A galinha ensopada poderá ser substituída pela carne moída.

Cardápio do Lanche

Matutino

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
nescau	sopa de legumes	leite com pão	Sopa de	suco com pão
com pão			feijão	

Vespertino

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Nescau com	frutas	Leite com	nescau com	suco com
pão		pão	pão	pão

Proapem e Proade

Período matutino

Profª.	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Mª José	sopa pudim	batata neston leite	sopa	banana neston leite	feijão gelatina
Celita	neston banana leite	sopa de legu- mes	café com leite pão	banana neston leite	feijão banana neston leite

Período Vespertino

Profª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Mª Jpsé	neston leite banana	mamadeiras	leite banana neston	mamadeiras	---

<u>Maternal</u>	nescau bolacha pudim	café com leite e pão	salada de frutas suco	nescau pão gelatina	bolacha e suco.
-----------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------------	---------------------------	--------------------

ANEXO III

HIPOTIROIDISMO

A síntese, armazenamento, secreção, liberação e utilização dos hormônios tiroideus envolve uma sequência complexa de eventos metabólicos. A interrupção em qualquer etapa levará à doença tireoidéica. O reconhecimento precoce do hipotireoidismo congênito (cretinismo) é vital, para que possa ser iniciada a terapêutica e que seja evitado o retardo mental.

Vários tipos recessivos foram identificados incluindo (1) hipotireoidismo hipofisário familiar ou deficiência isolada de TSH, ou pan-hipopituitarismo, ou ausência de hipófise (2) cretinismo com resposta prejudicada da tireóide à tireotropina, (3) distúrbios familiares da globulina carreadora de tiroxina com bócio, geralmente recessivo ligado ao X.

Pacientes com doença familiar de tireóide podem ser identificados em programas de triagem ou vir à atenção do médico devido ao atraso de desenvolvimento ou outros sinais significativos no começo da vida, ou podem permanecer não detectados até muito mais tarde. Uma vez diagnosticado o estado hipotireoideu, deve ser iniciado tratamento rigoroso, com extensa investigação para identificar o local do bloqueio sendo adiada até muito mais tarde.

ANEXO IV

FENILCETONÚRIA

É causada pela redução acentuada na atividade de Hidroxilase da fenilalanina. Entretanto, desconhece-se o mecanismo pelo qual a doença é produzida.

Fenilalanina Hidroxilação Tirosina

Os defeitos ao metabolismo da tirosina não possuem um efeito direto no nível de fenilalanina.

O desenvolvimento da via catabólica para a fenilalanina e tirosina ocorre num período tardio da vida fetal, resultando o fato de que a maioria dos recém-nascidos prematuros exibem elevações plasmáticas destes dois aminoácidos no período neonatal.

Isto só ocorre num percentual muito baixo de recém-nascidos, persistindo apenas durante algumas semanas, ou dias. Sendo que podem ser revertidas, utilizando ácido ascórbico, provocando a oxidação do ácido P-Hidroxifenil Pirúvico in vitro e abolir a tirosilúria observadas em pites com escorbuto.

Manifestações Clínicas

- Atraso mental: é a manifestação mais importante deste erro metabólico, hereditário; **QI= 50**;

- vômito;

- irritabilidade;

- erupções eczematóides;

- cheiro diferente: devido à produção do ácido fenilacético, parecendo com cheiro de ratos ou objetos mofados.

- apresentam feições agradáveis;
- 90% apresentam cabelos alourados, pele clara e olhos azuis;
- manifestações neurológicas não costumam ser proeminentes, mas cerca de 1/3 dos Pütes pode exibir todos os sinais típicos de uma paralisia cerebral, sendo: espásticos, hipertônicos, reflexos tendinosos exaltados;
- convulsões ocorrem em cerca de 1/4 dos Pütes;
- alterações eletroencefalograma em cerca de 80%;
- hiperatividade e distúrbios da conduta são frequentemente encontrados.

Tratamento

O tratamento consiste em uma dieta pobre em fenilalanina instituída o mais cedo possível. Um pouco de Fenilalanina deve ser dado para evitar o esgotamento das proteínas do organismo. Os níveis de fenilalanina devem ser controlados frequentemente, pois necessidades decrescem nos primeiros poucos anos. Se forem corrigidas as anormalidades Bioquímicas através da dieta citada, cessam as convulsões e o crescimento é normal.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
VIIIª UNIDADE CURRICULAR

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO EXCEPCIONAL E
SUA FAMÍLIA NA APAE DE FLORIANÓPOLIS

EQUIPE:

ANA CRISTINA MACIEL
MERLY NATÁLIA COSTA
ROBERTO PACHECO MENDONÇA
FERNANDO G. DE MORAES
ORIENTADORA - SUPERVISORA
PROFª ENFª - DIVA FIORINI

FLORIANÓPOLIS, MARÇO DE 1988.

APELO DE UM EXCEPCIONAL

"Olha pra mim - não tenhas receio
Fala comigo - mesmo que penses não
te poder ouvir
Sorri pra mim - mesmo que não con
siga te ver
Ensina-me - mesmo que pareça não
te entender
Tenta - vale a pena
Tenta mais um pouco
Pois chegarás a me aceitar
E aprenderei a te amar."

(FREINET)

SUMÁRIO

	Pag.
1. Introdução.....	01
2. APAE (Associação de Pais e Amigos dos excepcionais.....	04
3. O excepcional	
3.1. Direitos à pessoa deficiente.....	12
3.2. Lei da Pensão Vitalícia para a pessoa excepcional ou lei nº 6185 de 01.11.82.....	14
3.3. Indicadores da deficiência em crianças.....	15
3.4. Educação especial em Santa Catarina.....	16
3.5. Incidência de excepcionais no Brasil e em Santa Catarina segundo o UNICEF.....	19
4. Teoria das necessidades humanas básicas.....	20
5. Objetivos	
5.1. Objetivos Gerais.....	27
5.2. Objetivos específicos.....	27
6. Cronograma geral.....	34
7. Conclusão.....	35
8. Referências bibliográficas consultadas e citadas.....	36

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

Sabemos muito pouco da história do deficiente mental.

O deficiente, também chamado de excepcional ou infradotado, se caracteriza habitualmente por apresentar um retardo no desenvolvimento de habilidades motoras, intelectuais e/ou sensoriais. Trata-se pois, de uma pessoa com significativa diminuição no desenvolvimento mental, físico, sensorial ou com deficiências múltiplas.

Segundo a ONU, "pessoa deficiente" é qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma total ou parcialmente as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência, congênita ou não em suas capacidades físicas ou mentais.

"Excepcional é o que, do ponto de vista intelectual, físico, social ou emocional, tão notavelmente desviado do que é considerado crescimento e desenvolvimento normal que não pode se beneficiar ao máximo com um programa escolar regular e requer uma classe especial ou instrução e serviços complementares", segundo o autor Cruickshank.

Brunner e Suddart (1978), retardo mental diz respeito ao funcionamento intelectual geral significativamente com deficiências no comportamento de adaptação e manifestado durante o período de desenvolvimento.

O arraigado conceito médico da excepcionalidade fez com que se considerasse o excepcional um "louco de qualquer natureza" considerado, inclusive, na constituição brasileira - um doente.

O deficiente mental é considerado a eterna criança, como se este não fosse capaz de chegar a um desenvolvimento próximo ao definido como normal.

Habitualmente os comportamentos infantis encontrados nos excepcionais devem-se mais a uma educação que os infantiliza do que a própria deficiência, segundo Louis.

A grande maioria das deficiências mentais não tem uma causa orgânica identificável sob o ponto de vista médico. São os portadores de retardo de origem psicossocial, fruto do ciclo da miséria social.

As etiologias por si só, ou atuando em conjunto, são potenciais agentes agressores, mas a miséria social é o denominador comum mais frequente. Isso se deve ao baixo nível sócio-econômico que o país nos oferece. A falta de nutrição adequada as nossas famílias gera em seus filhos, sequêlas relacionadas ao crescimento e desenvolvimento, produzindo uma detenção ou regressão dos mesmos.

Passamos da fase de "pensar no excepcional" para "fa^zermos algo em favor dele" e de trabalhar com ele.

É um dever de todos os cidadãos e, principalmente, nosso como profissionais da área da saúde, fazer com que o excepcional tenha cada vez mais acesso aos bens e serviços que a sociiedade oferece. Para isso, é necessário fazer o excepcional viver e conviver no mundo comum. Ele precisa ser respeitado como ser humano, porque não é somente ele que precisa aprender a conviver; a sociedade também precisa aprender a conviver com ele, aceitá-lo e receber dele as contribuições e os ensinamentos que

ele é capaz de dar apesar de suas limitações.

O objetivo principal deste trabalho é assistir a pessoa excepcional e família como um todo tentando atender a todas as suas necessidades humanas básicas segundo a teoria de Wanda de Aguiar Horta.

Esta teoria foi escolhida pelo grupo, partindo do princípio de que a pessoa portadora de deficiência mental tem as mesmas necessidades emocionais e sociais como as pessoas consideradas normais. Ela necessita amor, compreensão, cuidado e, acima de tudo, oportunidades para realizações, auto-controle, adaptação social para alcançar um lugar independente na sociedade.

Este trabalho será desenvolvido na APAE de Florianópolis (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), localizada no bairro do Itacorubi, na rua geral da Lagoa.

O período de realização do estágio está compreendido de 21 de março à 8 de junho de 1988. Estaremos presentes em período integral com 20 horas semanais para cada membro do grupo.

A orientação ficou sob responsabilidade da profª Diva Fiorini e com a cooperação da coordenadora técnica da APAE e assistente social Lígia.

Os autores deste trabalho são acadêmicos da VIIIª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), para conclusão do currículo estabelecido por este curso.

2. APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais)

No ano de 1960, inicia-se o movimento Apaiano no Estdo de Santa Catarina.

Nessa época um grupo de pessoas da cidade de Brusque, iniciava um movimento com a finalidade de criar a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE de Santa Catarina.

Este objetivo concretizou-se em 28 de novembro do mesmo ano sendo esta a primeira Instituição particular de caráter filantrópico para o atendimento de excepcionais em nosso estado.

Em 26.08.64 era fundada em Florianópolis a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, por iniciativa do Profº Manoel Boaventura Feijó

A APAE de Florianópolis é uma sociedade civil e filantrópica. Localiza-se no Bairro de Itacorubi na rua geral da Lagoa, com área física de 679m² construídos (planta física em anexo I).

Sua base territorial tem jurisdição e procura atingir os seus objetivos atuando junto aos órgãos do poder público, tanto Federal como Estadual e Municipal.

Procura atingir a comunidade esclarecendo-a sobre a existência da deficiência mental e os meios de prevenila.

Imediatamente após a fundação da APAE houve a criação do centro ocupacional "Professor Manoel Boaventura Feijó" com objetivo de atender excepcionais mais adolescentes e adultos em atividades ocupacionais. Ex.: Serviço de Horta.

Como desenvolvimento administrativo da APAE, houve uma necessidade de Reestruturação de objetivos.

Em 14.01.85 o Centro Ocupacional foi transformado em Instituto de Educação Especial "Profª Manoel Boaventura Feijó" e registrado na Secretaria de Educação do Estado de Santa Catarina.

Hoje são atendidos na APAE, excepcionais desde o seu nascimento até a idade adulta, através de três programas específicos.

0 à 6 anos - PROAPEM.: Programa de Atendimento Precoce e Maternal.

3 à 15 anos - PROADE : Programa de Atendimento Dependente

6 à Idade Adulta - PROAT : Programa de Atendimento à Deficientes Mentais Treináveis.

A finalidade destes é desenvolver o máximo do potencial do excepcional através de um trabalho habilitador que permite ao indivíduo deficiente a integração no meio em que vive.

2.1. RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos são:

- Cedidos por outros órgãos do Estado
- Recursos humanos próprios da APAE
- Recursos humanos profissionais voluntários

QUADRO DE FUNCIONÁRIOS

Nº ORD.	QUANTI DADE	FUNÇÃO	CARGA HO RÁRIA
01	01	Diretora	40
02	02	Pedagogos	20-40
03	01	Médico Neurol.	10
04	02	Psicólogos	40
05	02	Assist. Social	20
06	01	Fisioterapeuta	20
07	01	Fonoaudiólogo	20
08	03	Secretários	40
09	02	Dentistas	40
10	13	Professores	20-40
11	01	Roterista	20
12	01	Motorista	40
13	01	Aux.Serv.Gerais	40
14	01	Merendeira	40
15	04	Serventes	40
16	01	Atendente	40
TOTAL	36		

OBS.: Organograma em Anexo 2

2.2. ATIVIDADES DA DIREÇÃO TÉCNICA ADMINISTRATIVA

Objetivando melhor desempenho nas atividades da Instituição foi criada a coordenação técnica que tem atuação conjunta com a direção.

Junto com a direção da APAE realizam reuniões técnicas administrativas; acompanham, supervisionam e coordenam atividades técnicas administrativas.

Participam de atividades extra APAE como Feira da Esperança e SEVOL (curso voluntariado); participam de eventos relacionados às APAEs e aos excepcionais; elaboram documentos; fazem contatos com os órgãos públicos , entre outros.

2.3. ATIVIDADES TÉCNICAS

As atividades técnicas são divididas por gabinetes, onde os técnicos de cada área desenvolvem as atividades de sua competência.

2.3.1. GABINETE DE ASSISTENTE SOCIAL

A atuação da assistência social se estende as famílias dos excepcionais através de:

- Visitas domiciliares e reuniões de pais.
- Realização de triagem, isto é, seleção dos alunos que vão ou não pertencer ao quadro de alunos da APAE e faz orientação sobre o funcionamento da Instituição.
- Matrícula.
- Realização de reuniões comunitárias

2.3.2. GABINETE MÉDICO

A função é: - desenvolver exame clínico nos excepcionais;

- realizar orientação aos pais e familiares dos excepcionais;
- participar de reuniões e atividades externas da APAE

- aplicação do teste da Fenilcetonúria e
Hipotireoidismo.

2.3.3. GABINETE ODONTOLÓGICO

Responsável por: - atendimento odontológico;
- atividades educativas teórico-prática.

2.3.4. GABINETE FONOAUDIOLÓGICO

O Fonoaudiólogo é responsável pela avaliação do aluno individualmente para constatar a dificuldade. E após, com a mãe ou pessoa responsável, faz orientações para os mesmos e dá especial atenção para o desenvolvimento da fala.

Faz orientações aos professores quanto aos exercícios diários.

2.3.5. GABINETE DE FISIOTERAPIA

É responsável pela avaliação individual do excepcional acrescida de informações às mães:

- faz reavaliação semestral para comparação do quadro evolutivo;

- ensina exercícios posturais para os professores fazerem com os excepcionais;

- modifica sempre que possível as atividades procurando adequá-las aos demais.

2.3.6. GABINETE DE PSICOLOGIA

Visa a avaliação do desenvolvimento do educando, empregando para tal fim, técnicas e testes adequados a fase de vida e as características especiais do examinado.

2.3.7. GABINETE DE PEDAGOGIA

É responsável pela: - reavaliação periódica das atividades realizadas com os alunos e elabora planejamentos terapêuticos;

- participa das atividades dos alunos;

- orienta as famílias e os professores quanto as dificuldades dos alunos e as medidas a serem tomas.

2.3.8. PROGRAMAS DESENVOLVIDOS NO INSTITUTO

Existem três (3) programas específicos desenvolvidos na APAE que são divididos em níveis de atendimento.

PROGRAMAS DESENVOLVIDOS NO INSTITUTO E FAIXA ETÁRIA

PROGRAMA		FAIXA ETÁRIA
PROADEM	Programa de Atendimento <u>P</u> recoce e <u>M</u> aternal	0 à 6 anos
PROADE	Programa de Atendimento ao <u>D</u> eficiente Mental <u>D</u> ependente	3 à 15 anos
PROAT	Programa de Atendimento ao <u>D</u> eficiente Mental <u>T</u> reinável	6 anos até a <u>i</u> da <u>d</u> e adulta

DIVISÃO EM NÍVEIS DE ATENDIMENTO

PROAPEN

- atendimento ambulatorial - 0 à 6 meses
- estimulação precoce - GT1, GT2, GT3 - 6 meses à 3 anos
- maternal I, II - 3 anos à 6 anos

PROAT

- jardim I, II, III - 6 à 10 anos
- nível intermediário I e II - 6 à 10 anos (turmas especiais que não conseguiram se encaixar ainda em outras turmas)
- cozinha - a partir de 12 anos
- ocupacional I e II
- oficina pedagógica I e II
- horticultura
- ocupacional de produção
- oficina de produção

PROADE

- GT1, GT2, GT3 (grupo de trabalho com excepcional de pendente).

OBS.: Os objetivos destes programas são de acordo com o desenvolvimento de cada turma. Uns recebem atendimento mais individualizado do que outros.

2.4. PRIMEIRA EUCARISTIA

Atendendo a solicitação das famílias, a APAE resolveu desenvolver um programa de atendimento aos excepcionais para catequese com apoio da paróquia da Santíssima Trindade.

2.5. PROGRAMA DE PREVENÇÃO

Projeto de teste para diagnóstico da Fenilcetonúria e Hipotiróidismo congênito.

Configurou-se neste contexto o projeto de orientação a comunidade através de palestras e panfletos explicativos a cerca da deficiência mental e a prevenção da mesma.

A Fenilcetonúria e o Hipotiróidismo congênito são caracterizados como erros inatos do metabolismo que uma vez não detectados e tratados em tempo hábil, produzem uma deficiência mental irreversível.

O teste de detecção desta doença é feito apartir da coleta de gotículas de sangue extraídas do calcanhar apartir do 02 dia de vida completo até os 2 meses de idade.

Nos casos positivos é feito orientação específica aos pais, encaminhamento para tratamento específico e acompanhamento do caso pela APAE de Florianópolis.

3. O EXCEPCIONAL

3.1. DIREITOS À PESSOA DEFICIENTE

3.1.1. A pessoa deficiente deve gozar de todos os direitos enunciados abaixo, direitos estes que devem ser reconhecidos por todos, sem exceção alguma, e sem distinção, nem discriminação por motivos de raça, cor, sexo, idioma, religião, opi-niões políticas ou de outra índole, nacionalidade, origem social, poder aquisitivo, nascimento, ou qualquer outra circunstância, tanto ao que se refere à sua pessoa ou à sua família.

3.1.2. A pessoa deficiente tem essencialmente direito a que seja respeitada sua dignidade humana. A pessoa deficiente tem os mesmos direitos fundamentais que os concidadãos da mesma idade, o que supõe em primeiro lugar, o direito a desfrutar de uma vida digna, o mais normal e plena possível, qualquer que seja a origem, natureza ou gravidade de sua deficiência.

3.1.3. A pessoa deficiente tem os mesmos direitos civis e políticos que os demais seres humanos: o parágrafo 7 da Declaração dos Direitos do Retardo Mental, aplica-se a toda pos-sível limitação ou supressão desses direitos para os deficien-tes mentais.

3.1.4. A pessoa Deficiente tem o direito às medidas destinadas a permitir-lhe a sua maior autonomia possível.

3.1.5. A pessoa deficiente tem o direito a receber as assistência médica, psicológica e funcional, incluindo os aparelhos de prótese e ortopédicos; a readaptação médico-social, a educação, à formação e a readaptação profissional à atividade de apoio, aos serviços de colocação e a outros órgãos que assegurem o aproveitamento máximo de suas faculdades, aptidões, accelerando o processo de sua integração ou reintegração social.

3.1.6. A pessoa deficiente tem o direito à segurança econômica, social e a um nível de vida digno. Tem direito na medida de suas possibilidades, a obter e conservar um emprego, exercendo uma ocupação útil, produtiva, remunerada e a fazer parte de organizações sindicais.

3.1.7. A pessoa deficiente tem o direito de que suas necessidades particulares sejam consideradas em todo e qualquer planejamento econômico e social.

3.1.8. A pessoa deficiente tem o direito de conviver em família ou em associações que a substituam a participar em todas as atividades sociais, artísticas e recreativas. Nenhuma pessoa deficiente poderá ser submetida em termos de habilidade a um tratamento discriminatório, devendo-se levar em conta apenas sua respectiva limitação e nem poderá ser obrigada a edificar melhorias que viessem atender a sua condição.

3.1.9. A pessoa deficiente deve ser protegida contra toda a exposição, toda a regulamentação ou todo tratamento dis

criminatório abusivo ou degradante.

3.1.10. A pessoa deficiente poderá contar com o benefício da Assistência jurídica competente, quando se comprovar que esta assistência seja indispensável para a proteção de sua pessoa e de seus bens. Caso ele seja objeto de uma ação judicial, deverá ser submetido a um procedimento justo que leve plenamente em conta suas condições físicas e mentais.

3.1.11. As organizações especializadas em atendimento a deficientes, poderão ser consultadas com respeito a todos os assuntos relativos aos direitos das pessoas deficientes.

3.1.12. A pessoa deficiente, a sua família e a sua comunidade deverão ser informados plenamente por todos os meios possíveis dos direitos anunciados na presente declaração.

3.2. LEI DA PENSÃO VITALÍCIA PARA A PESSOA EXCEPCIONAL OU LEI Nº 6185 DE 01/11/82

Em 01/11/82 foi assinada a Lei nº 6.185 que concede pensão vitalícia no valor de meio salário mínimo aos excepcionais definitivamente incapacitados para o trabalho.

Em dezembro do mesmo ano a lei foi regulamentada e inicio de 1983 houve o credenciamento das equipes técnicas em todo o estado, junto as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAEs - e que hoje somam 23 equipes.

Até o momento as equipes realizaram 6.905 laudos diag-nósticos, dos quais 4.995 pessoas foram consideradas elegíveis e passaram a receber a pensão.

A lei além de propiciar o ganho de meio salário mínimo regional, faz com que as famílias destes clientes recebam quando do laudo diagnóstico, orientações técnicas quanto ao manejo do deficiente.

3.3. INDICADORES DA DEFICIÊNCIA EM CRIANÇAS

A criança com deficiência mental

- Lentidão na marcha
- Passividade frente aos eventos sociais
- Gestos e postura inadequados
- Lentidão para aquisição de hábitos
- Lentidão para aquisição de fala
- Baixa criatividade
- Linguagem pobre
- Atraso excessivo na compreensão de absurdos
- Dificuldade na aprendizagem escolar

A criança com deficiência auditiva

- Baixa reatividade aos sons
- Atraso significativo na fala
- Lentidão para aquisição de hábitos
- Problemas na sociabilização
- Turbulência - Desconfiança
- Linguagem pobre
- Lentidão para compreensão dos fatos
- Fala monocórdica e sem entonação
- Dificuldade na aprendizagem escolar
- Inteligência geral conservada.

A criança com deficiência física

- Defeitos físicos
- Assimetria de movimento
- Atraso significativo na marcha
- gestos e postura prejudicados
- Convulsões
- Turbulência - Agitação
- Dificuldades na fala
- Incoordenações na escrita
- Desadaptação na escola
- Inteligência geral/conservada.

A criança com deficiência visual

- Defeito visual explícito ou não
- Gestos e postura inadequados
- Uso inadequado dos objetos
- Sintomas oculares
- Tendência a imobilidade
- Atraso no desenvolvimento
- Escassa reatividade aos eventos sociais
- Atraso na aquisição de hábitos
- Desadaptação escolar
- Inteligência geral/conservada.

3.4. EDUCAÇÃO ESPECIAL EM SANTA CATARINA

DIRETRIZES POLÍTICAS

3.4.1. Cooperação de Instituições públicas e privadas visando proporcionar um atendimento integral a pessoa deficiente.

A criança com deficiência física

- Defeitos físicos
- Assimetria de movimento
- Atraso significativo na marcha
- gestos e postura prejudicados
- Convulsões
- Turbulência - Agitação
- Dificuldades na fala
- Incoordenações na escrita
- Desadaptação na escola
- Inteligência geral/conservada.

A criança com deficiência visual

- Defeito visual explícito ou não
- Gestos e postura inadequados
- Uso inadequado dos objetos
- Sintomas oculares
- Tendência a imobilidade
- Atraso no desenvolvimento
- Escassa reatividade aos eventos sociais
- Atraso na aquisição de hábitos
- Desadaptação escolar
- Inteligência geral/conservada.

3.4. EDUCAÇÃO ESPECIAL EM SANTA CATARINA

DIRETRIZES POLÍTICAS

3.4.1. Cooperação de Instituições públicas e privadas visando proporcionar um atendimento integral a pessoa deficiente.

3.4.2. Articulação com as unidades específicas da Secretaria da Educação para o correto atendimento educacional de alunos especiais do pré-escolar, 1º e 2º graus.

3.4.3. Articulação com o Centro Nacional de Educação Especial - CENESP e a Legislação Brasileira de Assistência - LBA, entre outros, objetivando a obtenção de cooperação técnica e financeira.

3.4.4. Interiorização da Educação Especial através da descentralização da supervisão e da triagem da clientela.

3.4.5. Manutenção, em pleno e perfeito funcionamento, das Unidades de Atendimento Especializado da FCEE no Rio de Janeiro para que atue efetivamente, como centro difusor dos métodos de educação especial e modelo de atendimento cuidando, principalmente, da capacitação de recursos humanos, de realização de pesquisas e da divulgação de estudos e experiências sobre o atendimento adequado a pessoa deficiente.

3.4.6. Profissionalização do excepcional adolescente e adulto.

3.4.7. Integração da pessoa deficiente na comunidade.

3.4.8. Participação da família no processo educacional.

3.4.9. Abertura de espaços no sistema regular de ensino para integração dos excepcionais ilegíveis para o processo de alfabetização.

3.4.10. Aprimoramento técnico e administrativo das UNAEs (Unidade de Atendimento ao Excepcional) destinados ao atendimento de excepcionais ineligiáveis para o processo de alfabetização.

3.4.11. Valorização dos recursos humanos atuantes em educação especial.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

A educação especial existe fundamentalmente para as pessoas deficientes e se constitui na utilização de métodos e estratégias específicas e adequadas aos diversos tipos de excepcionalidade com vistas a sua integração enquanto educando e pessoa.

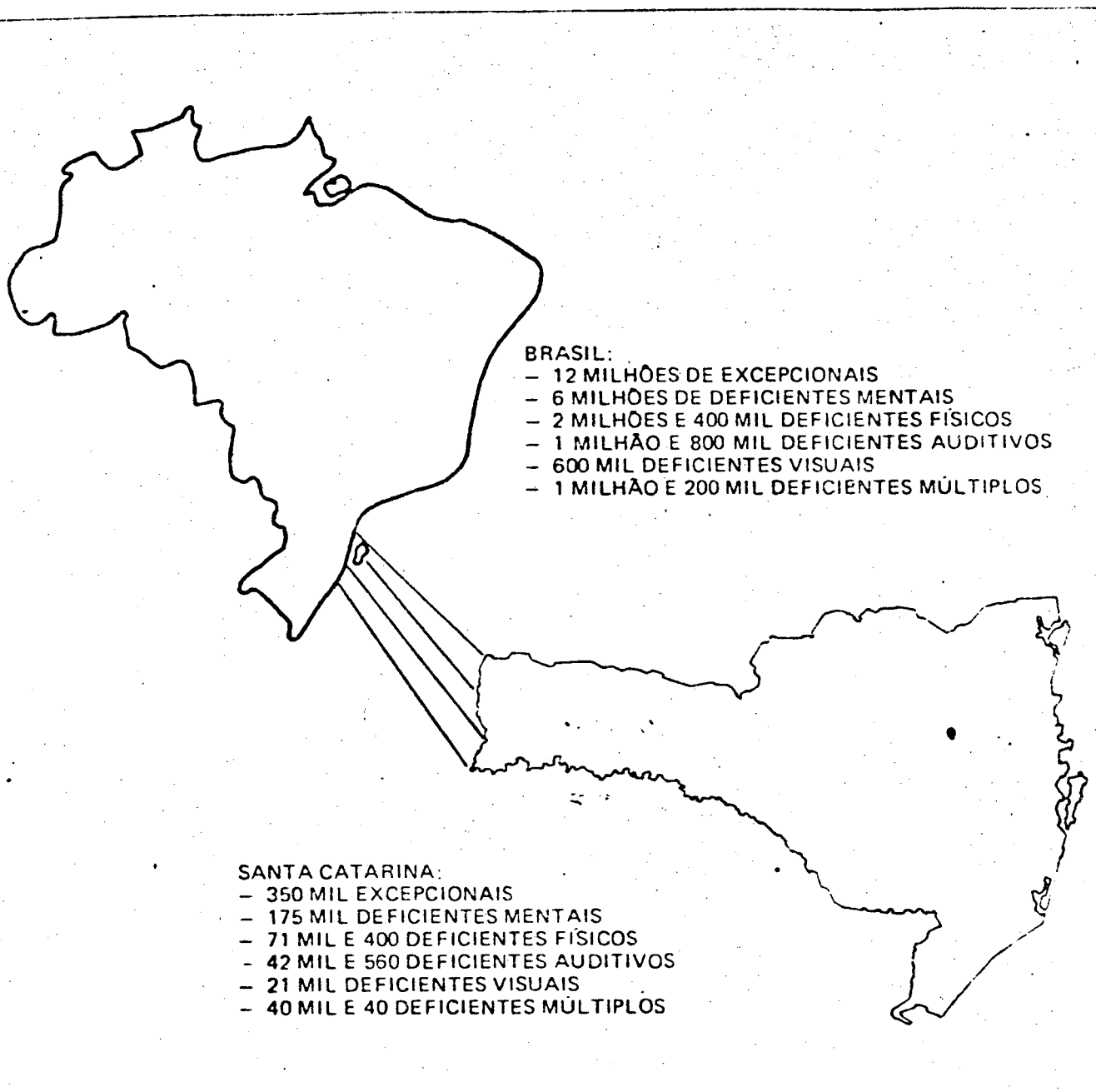
Os princípios orientadores da educação especial devem necessariamente estar voltados para a garantia dos direitos e alicerçados na normalização e integração da pessoa deficiente.

Normalizar significa tornar a pessoa deficiente a mais próxima possível do modelo normal da pessoa a despeito de suas limitações, proporcionando a todas as oportunidades de vida existentes na sociedade.

Integrar significa tornar a pessoa deficiente a mais independente possível, integrada físico, emocional e socialmente nos projetos da família, comunidades e sociedade em geral.

Torná-la apta a uma participação plena na sociedade.

INCIDÊNCIA DE EXCEPCIONAIS NO BRASIL E EM SANTA CATARINA SEGUNDO O UNICEF



4. TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Entende-se por necessidades humanas básicas estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. Em estados de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém es tão latentes e surgem com maior ou menor intensidade dependendo do desequilíbrio instalado. São aquelas condições ou situações que o indivíduo, família e comunidade, apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas que exigem uma re solução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não

Baseando-se nas necessidades humanas básicas Maslow cria a teoria sobre a motivação. Estas foram por ele hierarqui zadas em cinco níveis.

1. Necessidades fisiológicas
2. Necessidades de segurança
3. Necessidade de amor
4. Necessidade de estima
5. Necessidade de auto realização

Um indivíduo só passa a procurar satisfazer as do ní vel seguinte após um mínimo de satisfação das anteriores.

Um conceito fundamental de Maslow é de que nunca há sa tisfação completa ou permanente de uma necessidade, pois se houvesse, conforme a teoria estabelece, não haveria mais motiva

ção individual.

Apoiando-se nesta teoria acima citada, foi criada a teo
ria da enfermagem, estando esta exposta a seguir

A ENFERMAGEM É UM SERVIÇO PRESTADO AO SER HUMANO*

. O ser humano é parte integrante do universo dinâmico e como tal sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço.

. O ser humano está em constante interação com o uni
verso, dando e recebendo energia.

. A dinâmica do universo provoca mudanças que o le
vam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço.

Resulta, pois:

1. O ser humano como parte integrante do universo está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço.

- O ser humano se distingue dos demais seres do univer
so por sua capacidade de reflexão, por ser dotado do poder de imaginação e simbolização e poder unir presente, passado e futu
ro.

- Estas características do ser humano permitem sua uni
cidade, autenticidade e individualidade.

- O ser humano, por suas características, é também a
gente de mudanças no universo dinâmico, no tempo e no espaço; consequentemente:

* Consideramos a expressão "ser humano" como substituta de indi
víduo, família e comunidade.

2. O ser humano, como agente de mudança, é também a causa de equilíbrio em seu próprio dinamismo.

- Os desequilíbrios geram, no ser humano, necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.

- As necessidades não-atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto, e se este prolonga é causa de doença.

- Estar com saúde é estar em equilíbrio no tempo e espaço.

A ENFERMAGEM É PARTE INTEGRANTE DA EQUIPE DE SAÚDE

Do que resulta:

. Como parte integrante da equipe de saúde, a enfermagem mantém o equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrios e reverte desequilíbrios em equilíbrio do ser humano no tempo e no espaço.

. O ser humano tem necessidades básicas que precisam ser atendidas para seu completo bem-estar.

. O conhecimento do ser humano a respeito do atendimento de suas necessidades é limitado por seu próprio saber, exigindo, por isto, o auxílio de profissional habilitado.

. Em estados de desequilíbrio esta assistência se faz mais necessária.

. Todos os conhecimentos e técnicas acumuladas sobre a enfermagem dizem respeito ao cuidado do ser humano, isto é, como atendê-lo em suas necessidades básicas.

. A enfermagem assiste o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, valendo-se para isto dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais. A conclusão será:

A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas: procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço.

Desta teoria decorrem conceitos, proposições e princípios que fundamentam a ciência de enfermagem.

CONCEITOS, PROPOSIÇÕES E PRINCÍPIOS

Partindo-se da teoria proposta, o primeiro conceito que se impõe é o de enfermagem: enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Assistir em enfermagem é: fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.

Destes conceitos algumas proposições podem ser inferidas:

. As funções da(o) enfermeira(o) podem ser consideradas em três áreas ou campos de ação distintos. a) Área específica: assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado. b) Área de interdependência ou de colaboração: a sua atividade na equipe de saúde nos aspec

tos de manutenção, promoção e recuperação da saúde. c) Área social: dentro de sua atuação como um profissional a serviço da sociedade, função de pesquisa, ensino, administração, responsabilidade legal e de participação na associação de classe.

. A ciência de enfermagem compreende o estudo das necessidades humanas básicas, dos fatores que alteram sua manifestação e atendimento, e na assistência a ser prestada.

Alguns princípios podem ser deduzidos:

. A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano.

. A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio.

. Todo o cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação.

. A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade.

. A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu auto-cuidado.

Para que a enfermagem atue eficientemente, necessita de desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico. Este método de atuação da enfermagem é denominado processo de enfermagem.

O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.

Distinguem-se seis fases ou passos. A interrelação e a igual importância destas fases no processo podem ser representadas graficamente (figura 3) por um hexágono, cujas faces são vetores bi-orientados, querendo-se assim mostrar também a reitera

ção eventual de procedimentos. No centro deste hexágono situar-se-ia o indivíduo, a família e a comunidade.

O primeiro passo do processo de enfermagem é o histórico de enfermagem: roteiro sistematizado para o levantamento de dados (significativos para a(o) enfermeira(o)) do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas.

Estes dados, convenientemente analisados e avaliados, levam ao segundo passo, o diagnóstico de enfermagem: a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste a tendimento em natureza e em extensão.

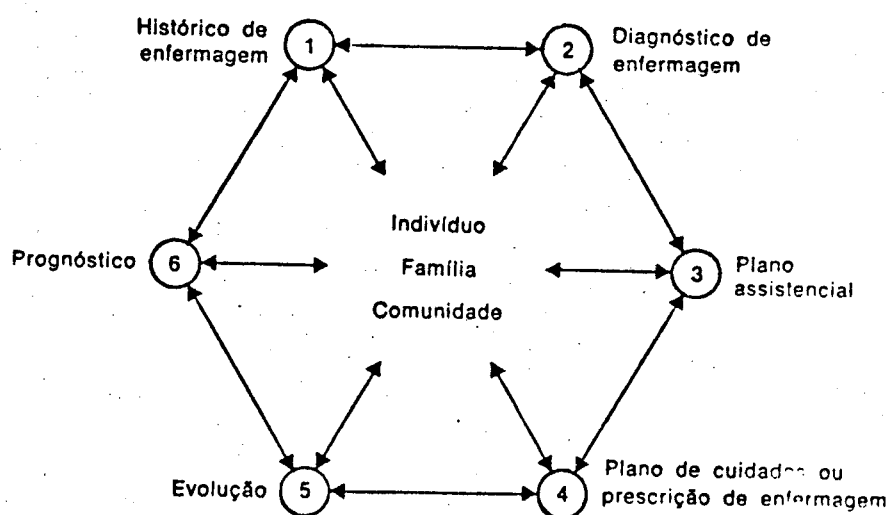


Figura 3. Processo de enfermagem.

O diagnóstico analisado e avaliado levará ao terceiro passo: Plano assistencial: a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido.

Este plano assistencial é sistematizado em termos do conceito de assistir em enfermagem, isto é, encaminhamentos, su pervisão (observação e controle), orientação, ajuda e execução

de cuidados (fazer). Determinado o plano assistencial passa-se ao quarto passo: Plano de cuidados, ou prescrição de enfermagem: implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (ou período aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.

O plano de cuidados é avaliado sempre, fornecendo os dados necessários para o quinto passo ou fase: Evolução da enfermagem: relato diário (ou aprazado) das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional. Pela evolução é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada.

O estudo analítico e avaliação dos passos anteriores completa o hexágono com a sexta fase: Prognóstico de enfermagem: estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVOS GERAIS

5.1.1. Organizar um serviço de enfermagem propiciando o atendimento das necessidades dos excepcionais na Instituição.

5.1.2. Assistir os excepcionais em suas necessidades humanas básicas envolvendo a família e a Instituição na prevenção e tratamento das intercorrências.

Aprazamento: de 21 de março a 8 de junho de 1988.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1. Atendimento aos alunos que apresentarem intercorrências clínicas e/ou casos em que houver solicitação de atendimento por parte dos familiares, professores ou técnicos.

Estratégia:

- Observar diariamente os alunos nas salas de aula detectando alguma intercorrência clínica. Ex.: pediculose, escabiose.

- Solicitar aos professores a observação dos alunos quanto ao aspecto de higiene e/ou intercorrências, nos comunicando posteriormente.

- Orientar os professores sobre as condutas tomadas e acompanhamento necessário.

- Orientar os familiares dos alunos sobre as medidas que foram e que devem ser tomadas quanto aos problemas detectados.

- Trabalhar com o aluno na medida do possível, fazendo com que ocorram mudanças de comportamento em relação ao que foi detectado.

- Realizar visita domiciliar nos casos necessários.

- Anotar no prontuário do aluno o atendimento prestado com a respectiva evolução.

Aprazamento: 21/03 à 31/05/88

Avaliação:

O objetivo será considerado alcançado se ao término do aprazamento proposto todas as observações e detecções forem atendidas e os problemas resolvidos em 80%.

5.2.2. Verificar a atualização das carteiras de vacinação de cada criança na faixa etária de 2 meses à 5 anos.

Estratégia:

- Solicitar aos pais ou responsáveis as carteiras de vacinação das crianças através de comunicação verbal e/ou escrita.

- Orientar aos pais quanto a importância do esquema vacinal completo.

- Encaminhar os que estiverem com a vacinação atrasada ao posto mais próximo à residência.

Aprazamento: 11/04 à 29/04/88

Avaliação:

O objetivo será considerado alcançado se ao término do

aprazamento se faça um levantamento em 100% das carteiras que foram recolhidas, orientando e encaminhando todos os pais das crianças que estiverem com a vacinação atrasada.

5.2.3. Organizar um posto de enfermagem propiciando o atendimento das intercorrências dos alunos na instituição.

Estratégia:

- Observar o material existente e solicitar materiais necessários para um melhor funcionamento do posto.
- Verificar a validade dos medicamentos existentes e encaminhar os medicamentos vencidos à Direção.
- Solicitar à Direção a reposição dos medicamentos necessários.
- Dispor os medicamentos e materiais do posto de forma prática e funcional.
- Elaborar relação dos medicamentos e materiais existentes e necessários.

Aprazamento: 28/03 à 15/04/88

Avaliação:

O objetivo será considerado alcançado se ao término do aprazamento tiver sido realizada 100% da estratégia.

5.2.4. Capacitar um funcionário para prestar atendimento as necessidades emergentes dos excepcionais.

Estratégia

1. Treinar para:

- solicitar materiais necessários;
- manter material desinfectado;
- verificar atualização das carteiras de vacinação;

- executar técnicas de curativos;
- verificar sinais vitais;
- medicar os alunos que tiverem prescrição médica;
- ter noções de assepsia e antissepsia;
- fazer uso do roteiro de treinamento atendente (Anexo 3).

2. Aplicar um teste para avaliação do conhecimento ad
quirido (Anexo 4)

Aprazamento: 23/05 à 08/06

Avaliação:

O objetivo será considerado alcançado se após a aplicação do teste a funcionária tiver assimilado 80% dos conhecimentos.

5.2.5. Participar do programa de detecção da Fenilcetonúria e Hipotireoidismo congênito.

Estratégia:

- Acompanhar a funcionária na execução da técnica;
- Executar a técnica nas crianças;
- Acompanhar os casos positivos de Fenilcetonúria e Hipotireoidismo através de visita domiciliar.

Aprazamento: 28/03 à 31/05/88

Avaliação:

O objetivo será considerado alcançado se cada membro do grupo executar a técnica em 10 crianças e as visitas propostas forem realizadas.

5.2.6. Observar como são preparados os alimentos.

Estratégia:

- Observar condições de higiene do pessoal e local orientando quando necessário;
- Observar higiene no preparo dos alimentos;
- Sugerir mudança de cardápio, se necessário;
- Participar na atuação dos alunos na cozinha.

Aproximadamente: 28/03 à 20/05/88

Avaliação:

O objetivo será considerado alcançado se cada membro do grupo participar no preparo de 2 refeições.

5.2.7. Fazer visita domiciliar

Estratégia:

- Fazer visitas domiciliares às famílias dos alunos seleccionados;
- Orientar a família sobre os problemas levantados do aluno durante sua permanência na instituição;
- Utilizar o roteiro de visita domiciliar (Anexo 5)

Crítérios para visita

- Doenças infecto contagiosas
- Doenças reincidentes
- Critérios da instituição

Aproximadamente: Data à definir.

Avaliação:

O objetivo será considerado alcançado se forem realizadas visitas a todos os casos necessários.

5.2.8. Desenvolver um conhecimento maior sobre o deficiente mental através de estudos de caso.

Estratégia:

- Pesquisar nos prontuários as formas de deficiência mental existente nos alunos;
- Comparar os dados bibliográficos com o comportamento do aluno;
- Cada membro do grupo pesquisará 1 patologia e cada duas semanas e apresentará em reuniões semanais.

Aprazamento: quartas feiras

Avaliação:

O objetivo será considerado alcançado se todas as semanas forem discutidos 2 estudos de caso.

5.2.9. Realizar reuniões semanais com os membros do grupo.

Estratégia:

- Fazer um levantamento do que foi feito durante a semana;
- Analisar as anotações do caderno relatório;
- Planejar futuras atividades.

Aprazamento: 23/03 à 01/06/88

Avaliação:

O objetivo será considerado alcançado se todas as reuniões agendadas forem realizadas.

5.2.10. Participar das reuniões marcadas pela instituiçãõ com pais, técnicos e professores e eventos festivos.

Estratégia:

- Apresentar o grupo aos pais, professores e técnicos;

- Fornecer orientações individualizadas aos pais quando houver necessidade;
- Ministrar palestras sobre doenças infecto-contagiosas ou temas sugeridos pelo grupo de pais.
- Aplicar o instrumento de avaliação da palestra (Anexo 6)
- Comparecer as festividades programadas visando maior integração com os componentes da instituição e com os pais dos alunos.

Avaliação:

O objetivo será considerado alcançado se cada membro do grupo realizar uma palestra nas reuniões e participarmos de no mínimo uma festividade programada.

5.2.11. Participar de cursos que por ventura possam aparecer.

Estratégia:

- Integrar-nos ao programa do curso

Aprazamento: Data a ser definida

Avaliação:

O objetivo será considerado alcançado se obtermos frequência integral e bom aproveitamento nos cursos.

6. CRONOGRAMA GERAL

[illegible]

7. CONCLUSÃO

Este projeto que acaba de ser elaborado tem por objetivo principal abrir perspectivas para que o excepcional seja percebido como um indivíduo comum com os mesmos direitos, deveres e as mesmas necessidades básicas. Procuramos dar ênfase a uma interação entre os pais (família e comunidade) e o excepcional (escola).

Esperamos que este campo de estágio (APAE) sirva como porta de entrada para a contratação de um enfermeiro, uma vez que este inexistente em todas as instituições de educação especial em Florianópolis.

Desta forma desempenharemos com máximo de esforço e dedicação visando melhorar a qualidade de assistência ao excepcional demonstrando que um serviço de enfermagem especializado é fundamental para uma instituição deste âmbito.

Queremos agradecer à APAE de Florianópolis pelo apoio e colaboração que nos prestaram colocando à disposição suas inestalações e dando subsídios para elaboração e conclusão de nosso projeto.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS E CITADAS

1. ANAIS DO I ENCONTRO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL. Estudos e Documentos. Faculdade de Educação, S.P., 1982. V. 21.
2. BAGATINI, Vilson. Educação física para deficientes. SACRS, 1987. 360p.
3. BRUNNER, L. S. & SUADARTH, D.S. Moderna Prática da Enfermagem. 2ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. V.4.
4. CRUICKSHANK, W.M. Educação de Excepcionais. Porto Alegre, Editora Globo, 1982. V.1.
5. CRUICKSHANK & JOHNSON. A educação da criança e do jovem excepcional. 1ª ed., Porto Alegre, Editora Globo, 1974.
6. FEEC. Criança Excepcional. Pró-Criança especial, 1983.
7. FERRETI, C.J. Metodologia para avaliação do material de ensino. Ed. do Ministério da Educação e Cultura, Brasília, 1979.

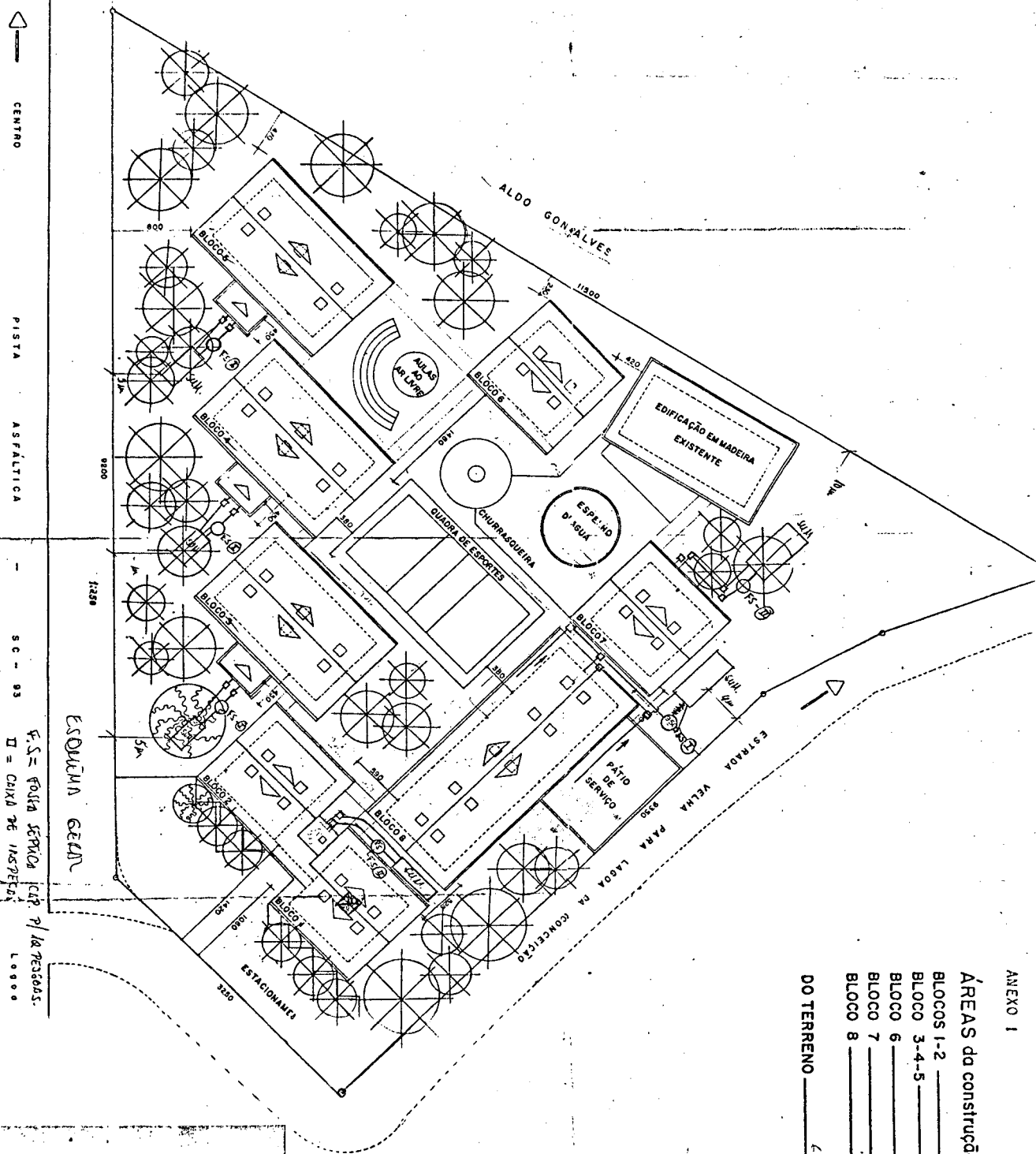
8. FREINET, Celestin. A saúde mental da criança. São Paulo, Persena.
9. HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. São Paulo, EPU, Ed. da Universidade de São Paulo, 1979.
10. KNOEDLER, Evelyn L. Manual do estudante de enfermagem. S.P. EPU, 1976. (Tradução: M^{te} Cristina Chiariello Spera) adaptado por Filomena Chiariello Spera.
11. Ministério da Previdência e Assistência Social. Manual de identificações precoce de deficiências. Brasília, MPAS/DA/SPR, 1984. 110p.
12. NOT, L. Educação dos Deficientes Mentais. 2^a ed., Rio de Janeiro, 1983.
13. NOVAES, M.H. Educação Especial. São Paulo, Interamericana, 1980.
14. ROGER, M. A criança Deficiente Mental. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.
15. ROUCEK, J. A criança excepcional. Instituição Brasileira de Difusão Cultural S.A., São Paulo, 1968.

ANEXOS

ANEXO 1

ÁREAS da construção

BLOCOS 1-2	186
BLOCO 3-4-5	133
BLOCO 6	71
BLOCO 7	75
BLOCO 8	214
TC	
DO TERRENO	6.753,31 m ²
TOTAL	



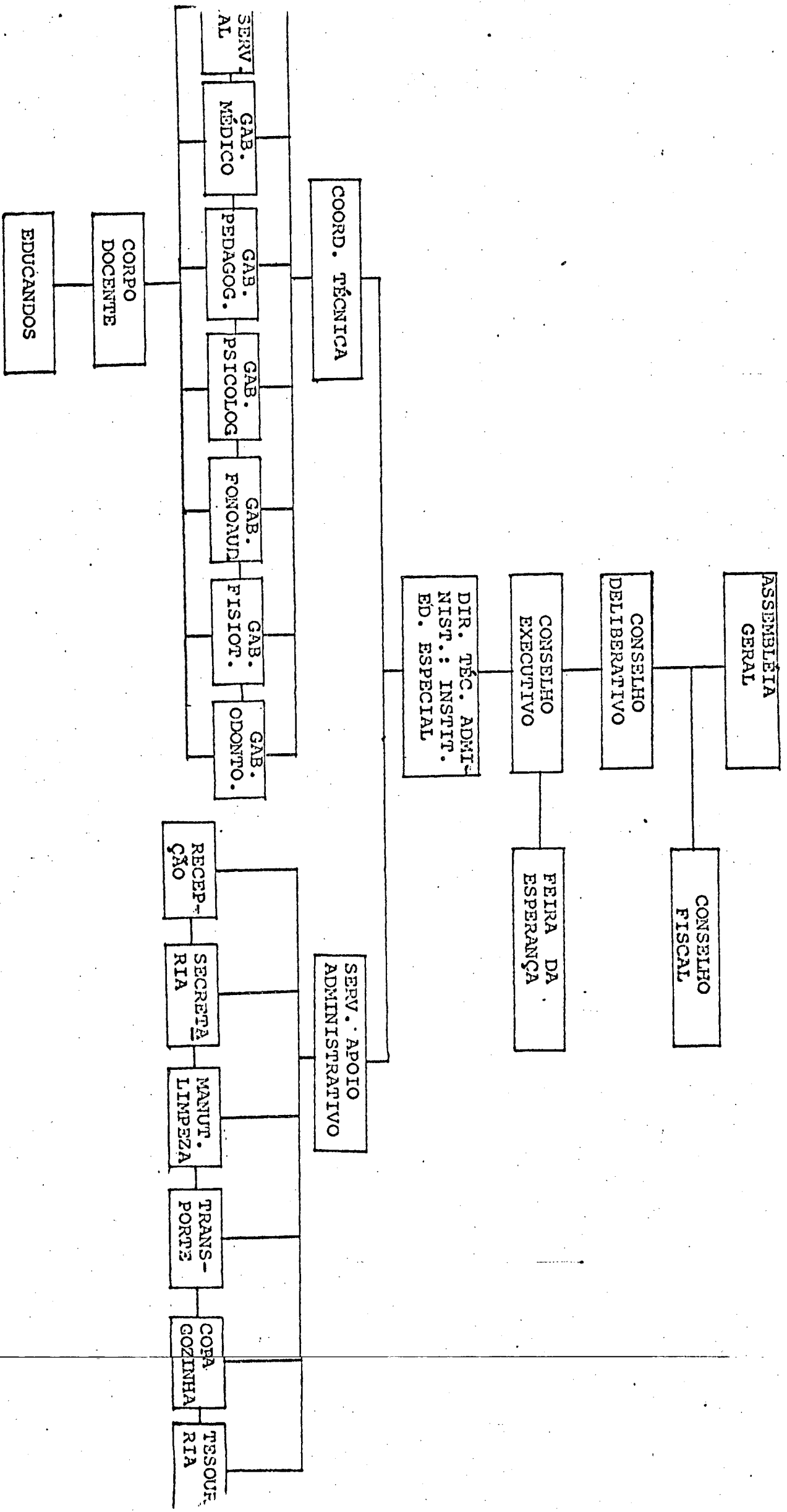
PLANTA DE LOCAÇÃO E TELHADO ESC. I: 250

Obs.: Toda tubulação deve ser feita de material de 100mm diâmetro.

CENÁRIO PISTA ASFÁLTICA S.C. - 93

ESQUEMA GERAL

Q.S. = Folha de planta de 1/4 de pessoa. D = Caixa de inspeção. L = 10000



ROTEIRO DE TREINAMENTO DO ATENDENTE

1. Limpeza das mãos
 - Informação Teórica
 - Procedimento
2. Cuidado com o equipamento do posto e utensílios
 - Informação Teórica
 - Procedimento
3. Como preparar o ambiente para o paciente
 - Informação Teórica
 - Precauções
 - Procedimento
4. Como aplicar bolsa de água quente e fria.
 - Informação Teórica
 - Precauções
 - Procedimento
5. Como solicitar material necessário
 - Informação Teórica
 - Procedimento
6. Como fazer curativo
 - Informação Teórica
 - Procedimento

7. Como aplicar bandagens

- Informação Teórica
- Precauções
- Procedimentos
- Tipos de bandagens

8. Como verificar sinais vitais

- Informação Teórica
- Procedimentos

9. Verificar carteiras de vacinação

- Informação Teórica
- Procedimento

10. Mediar os alunos conforme prescrição médica

- Informação Teórica

11. Dar noções de assepsia e antissepsia

- Informação teórica.

TESTES PARA AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS
ADQUIRIDOS

1. Explique a importância da limpeza das mãos.
2. Quais os cuidados que devem ser tomados com os equipamentos do posto? Justifique.
3. Quais os procedimentos do preparo do ambiente para o paciente?
4. Qual a função da aplicação da bolsa de água quente?
5. Relacione as precauções a serem tomadas quanto a aplicação de bolsa de água quente e fria.
6. Quais os cuidados com o ferimento infectado e o limpo?
7. Quais os casos necessários para aplicar bandagem?
8. Qual a faixa de normalidade dos sinais vitais (PA, P, T, R.)?
9. Qual a importância do esquema de vacinação completo?
10. Qual a diferença de assepsia e antissepsia?

ROTEIRO PARA VISITA DOMICILIAR

1. Planejamento:

- 1.1. Seleção da visita a ser realizada
- 1.2. Coleta de dados
- 1.3. Revisão de conhecimentos
- 1.4. Plano
- 1.5. Preparo do Material

2. Execução:

2.1. Identificação:

a) Nome da criança-

Idade-

b) Situação familiar-

. Nome do pai-

Idade-

. Escolaridade-

Profissão-

. Nome da mãe-

Idade-

. Escolaridade-

Profissão-

. Nº de irmãos-

Idade(s)-

. Posição da criança na família-

2.2. Educação à saúde:

a) Condições de habitação-

. Material de construção-

Dependências-

. Local onde está construído-

. Água-

Esgoto-

. Lixo-

Luz-

. Higiene-

. Animais domésticos-

. Insetos-

. outros.

- b) Problemas de saúde
- c) Controle da Saúde
- d) Doenças pregressas
- e) Imunizações
- f) Percepções e Expectativas:
 - . Preocupações, medos e ou problemas relacionados com a criança no contexto familiar e comunidade-
 - . O que espera da Instituição-
 - . Abertura para questões do(s) membro(s) da família-
- g) Hábitos da criança:
 - . Alimentação-
 - . Hidratação-
 - . Sono repouso-
 - . Eliminações-
 - . Recreações-
 - . Higiene-
 - . Comportamento psico-motor-
 - . Relacionamento com os membros da família-

3. Problemas encontrados na visita:

4. Orientações fornecidas à família:

5. Plano Assistencial:

6. Observações:

7. Nome do(s) entrevistador(es):

AVALIAÇÃO DA PALESTRA

TEMA:

DATA:

1. A linguagem utilizada no decorrer da palestra foi adequada?

() Sim

() Não

Porque?

2. Os recursos audio visuais para desenvolvimento do tema foram satisfatórios?

() Sim

() Não

Porque?

3. O tema desenvolvido abrangeu aspectos de seu interesse?

() Sim

() Não

Porque?

4. O tempo da palestra foi suficiente?

() Sim

() Não

Porque?

5. A palestra serviu para que você melhorasse seus conhecimen
tos sobre este assunto?

() Sim

() Não

Porque?

6. Você se sentiu participante efetivo da palestra?

() Sim

() Não

Porque?